

第16号様式の3 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

保険者番号										
被保険者記号									支給申請書整理番号	
被保険者番号									申請対象年度	

フリガナ										
氏名 (被保険者)								計算期間	始期	
									終期	
生年月日	明治	・	大正	・	昭和	年	月	日	個人番号	
住所	〒									

上記対象者について、
 年 月 日
 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

1 高額療養費(外来年間合算)の支給
 2 自己負担額証明書の交付

を申請します。
 ※ 高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、1 を丸で囲んでください。
 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、1・2 のいずれも丸で囲んでください。

〒

住所

申請者 氏名

電話番号 ()

※ 被保険者住所と同一の場合は住所の記載は省略可

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	本店 支店 出張所 支所	種目	1. 普通	口座番号															
	金融機関コード	支店コード	フリガナ																	
			口座名義人																	

委任状

私は、次の者に高額療養費(外来年間合算)の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人) 委任者(申請者)

〒

住所

氏名

氏名

⑨

基準日時点ご加入の医療保険資格情報						
保険者番号				続柄	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者記号				1. 世帯主 2. 擬制世帯主		から
被保険者番号				3. 世帯員 4. 被保険者本人		まで

【計算期間中に変更があった場合のみ記入】

医療保険者加入歴			添付の自己負担額証明書番号		
保険者番号			続柄	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者記号			1. 世帯主 2. 擬制世帯主		年 月 日 から
被保険者番号			3. 世帯員 4. 被保険者本人		年 月 日 まで

医療保険者加入歴			添付の自己負担額証明書番号		
保険者番号			続柄	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者記号			1. 世帯主 2. 擬制世帯主		年 月 日 から
被保険者番号			3. 世帯員 4. 被保険者本人		年 月 日 まで

【職員使用欄】

備考	職員確認事項	支給決定金額	受付印
	本人確認(代理人本人確認)済み <input type="checkbox"/> 自己負担額証明書添付無し確認済み <input type="checkbox"/> 申請書受付数 <input type="checkbox"/> 枚 中 <input type="checkbox"/> 枚 目	円	